

Biomedizinische Optimierung des Körpers: individuelle Chance oder suggestive soziale Norm?

Wehling, Peter

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wehling, P. (2008). Biomedizinische Optimierung des Körpers: individuelle Chance oder suggestive soziale Norm? In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 945-960). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-152984>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Biomedizinische Optimierung des Körpers – individuelle Chance oder suggestive soziale Norm?

Peter Webling

Biopolitische Streitfragen, etwa um Embryonenforschung, Hirntod und sogenannte Sterbehilfe oder um die Möglichkeiten einer biomedizinischen »Verbesserung« menschlicher Körper (einschließlich deren mentaler Fähigkeiten und Leistungen), befinden sich gegenwärtig fest in der Hand bioethischer Expertinnen und Experten. Die Sozialwissenschaften und besonders die Soziologie haben anscheinend, jedenfalls in den Augen der Politik und der Öffentlichkeit, zu diesen Debatten und Konflikten wenig Originäres und Erhellendes beizusteuern. Vor diesem Hintergrund werde ich im Folgenden versuchen, zwei Argumentationsstränge miteinander zu verbinden: *Erstens* möchte ich, in einer kritischen Auseinandersetzung mit Wolfgang van den Daeles (2005b) programmatischem Entwurf einer »soziologischen Aufklärung zur Biopolitik« auf konzeptioneller Ebene der Frage nachgehen, welchen eigenständigen, weiterführenden Beitrag die Soziologie zu den aktuellen Auseinandersetzungen um Bio- und Körperpolitik leisten könnte und sollte. Van den Daeles Überlegungen bieten sich hierfür als Bezugspunkt an, weil sie die »Monopolstellung der Ethik« (Gehring 2006: 8) grundsätzlich anerkennen und der Soziologie dementsprechend nur eine nachrangige, untergeordnete Aufgabe als eine Art »Hilfswissenschaft« in biopolitischen Debatten zugestehen. *Zweitens* möchte ich meine Einwände gegen diese restriktive Rollenzuweisung exemplarisch illustrieren und untermauern durch die notgedrungen sehr komprimierte Darstellung eines Beispiels für »Strategien der Biopolitik«. Aufgreifen werde ich dabei mit der »Medikalisierung der Schüchternheit« (Scott 2006) einen scheinbar unspektakulären Fall abseits der »großen Fragen« der Bioethik, der aber aus soziologischer Perspektive gleichwohl äußerst aufschlussreich ist. Nach einigen allgemeinen Schlussfolgerungen aus diesem Beispiel werde ich abschließend nochmals kurz auf die theoretischen wie normativen Perspektiven der Soziologie im Feld der Biopolitik zu sprechen kommen, besonders im Hinblick auf Grenzen der Körperoptimierung.

1. »Soziologische Aufklärung zur Biopolitik«: Die Soziologie als Hilfswissenschaft der Ethik?

»Zufrieden waren die Menschen mit ihrem eigenen Körper noch nie« (Bayertz/Schmidt 2006: 43). Mit dieser Behauptung beginnen Kurt Bayertz und Kurt Schmidt ihren Beitrag in einem kürzlich erschienenen Band über »Baumaßnahmen am menschlichen Körper«, um später zu ergänzen: »Schönheit zu lieben, ist biologisch tief in uns verwurzelt« (ebd.: 54). Ein wesentlicher Effekt solcher Thesen, die nach meinem Eindruck keineswegs untypisch für den gegenwärtigen Diskussionsstand zumindest in der deutschen Bioethik sind, besteht darin, die Hintergründe und Motive für die Nutzung von Techniken zur Körperveränderung und -optimierung als eine Art anthropologisches Faktum zu entproblematisieren. Was die Ethiker unter dieser Prämisse dann vorrangig interessiert, ist, inwieweit diese Nutzung im Hinblick auf ihre mutmaßlichen *Konsequenzen* gerechtfertigt werden kann. Abgesehen davon, dass Schönheit ohnehin keine biologische, sondern eine durch und durch kulturelle Kategorie darstellt, basiert eine solche Argumentation auf (mindestens) zwei weiteren Trugschlüssen: Sie schließt erstens aus der unbestrittenen Tatsache, dass Praktiken der Körperverbesserung oder -verschönerung eine lange Geschichte aufweisen (Schlich 2001), vorschnell auf eine Gleichheit oder Ähnlichkeit der zugrunde liegenden, sehr vielfältigen und vielschichtigen Motive und Ziele.¹ Zweitens übersieht diese Art der »schon immer«-Argumentation, dass es keineswegs immer um den menschlichen Körper als *sichtbare* physische Entität geht. Körperwahrnehmungen und -praktiken waren und sind vielmehr eingebunden in magische und religiöse Vorstellungen oder, wie heute, vermittelt durch wissenschaftliche Konzepte und mediale Bilder. Vor diesem Hintergrund hat man es gegenwärtig nicht einfach nur mit einer Art spontaner, ästhetischer Unzufriedenheit mit zu kurzen Beinen oder zu großen Ohren zu tun. Vielmehr kann auch die genetische Ausstattung (die phänotypisch gar nicht sichtbar werden muss) als problematisch wahrgenommen werden, und ebenso werden bestimmte mentale Zustände (wie Unglücklichsein) zunehmend als *körperliche* Defizite begriffen (vgl. Dworkin 2001).

Bemerkenswerterweise lehnt sich das Programm »soziologischer Aufklärung zur Biopolitik«, das Wolfgang van den Daele vor kurzem an recht prominenter Stelle, nämlich im Einleitungsbeitrag zu dem von ihm herausgegebenen Sonderband »Bio-

¹ Wie Sander Gilman in verschiedenen Arbeiten gezeigt hat, lag beispielsweise ein wesentlicher Antrieb für die Entwicklung der kosmetischen Chirurgie nicht in einem Streben nach »Schönheit«, sondern in dem Wunsch stigmatisierter sozialer Gruppen (Schwarze oder Iren in den USA, Juden in Deutschland), sich den dominanten ästhetisch-kulturellen Normen anzugleichen, um gesellschaftlich »unsichtbar« zu werden und auf diese Weise Diskriminierungen zu entgehen (vgl. Gilman 2001).

politik« einer sozialwissenschaftlichen Zeitschrift (van den Daele 2005a), formuliert hat, sehr eng an die Struktur und die fragwürdigen Hintergrundannahmen des gängigen bioethischen Diskurses an.² Der Kern dieser soziologischen Programmatik besteht, so van den Daele (2005b: 8f.), in dem Versuch, sich mit der »empirischen Beobachtung der Wirklichkeit der Gesellschaft« in biopolitische Auseinandersetzungen einzumischen. Etwas konkreter soll dieses recht allgemeine Postulat bedeuten:

- a) »Annahmen über zu erwartende gesellschaftliche Folgen der neuen Biotechniken« empirisch zu überprüfen, wenn argumentiert werde, aufgrund dieser mutmaßlichen Folgen sei die Nutzung der Techniken nicht zu verantworten;
- b) in gleicher Weise auch »Annahmen zur Verteilung und Verbreitung von Wertvorstellungen in der Bevölkerung« unter die Lupe zu nehmen, wenn behauptet werde, die Inanspruchnahme der Technik widerspreche »grundlegenden moralischen Intuitionen (...) der Gemeinschaft« (ebd.: 9).

Zweifellos sind dies wichtige Fragestellungen im Rahmen biopolitischer Debatten; allerdings sind sie keineswegs so einfach und eindeutig durch »Beobachtung der Wirklichkeit« zu beantworten, wie van den Daele suggeriert, schon gar nicht vorwiegend oder sogar ausschließlich mit den von ihm favorisierten Mitteln quantifizierender Einstellungsforschung (vgl. van den Daele 2005c). Die zahlreichen theoretischen und methodischen Probleme (Messartefakte, »sozial erwünschte« Antworten, kurzfristige Beeinflussbarkeit durch medial inszenierte Ereignisse usw.), mit denen sich dieser Forschungstyp konfrontiert sieht, sind hinlänglich bekannt (vgl. z.B. Lamnek 1995: 6ff.). Um so überraschender ist, dass van den Daele offenbar überzeugt ist, mittels standardisierter Umfrageforschung die »Wirklichkeit der Gesellschaft« in den Blick bekommen und daraus auch Annahmen über zukünftige gesellschaftliche Entwicklungen ableiten zu können (vgl. besonders van den Daele 2005c: 108ff.).

Unabhängig davon springt ins Auge, dass van den Daeles Programmatik alle Fragen nach den gesellschaftlichen Hintergründen, sozialen Kontexten, Motiven und Zielen sowohl der Entwicklung neuer biotechnischer Optionen als auch ihrer gesellschaftlichen Nutzung vollständig ausblendet – und damit die Erwartungen, die der ambitionierte Titel »soziologische Aufklärung« weckt, von vorneherein ins Leere laufen lässt. Ähnlich wie zahlreiche Bioethiker nimmt auch van den Daele offensichtlich an, es sei nicht weiter erklärungsbedürftig – und daher auch soziologisch nicht von Interesse – aus welchen Gründen und mit welchen Zielen medizinisch-

2 »Ethik leistet keine analytische Beschreibungsarbeit. Sie überspringt wichtige Vorfragen. Sie reduziert Probleme der Beschaffenheit und der Macht des Gegebenen auf die Frage: »Was sollen wir tun?« (Gehring 2006: 8) Ganz ähnlich fasst van den Daele (2005b: 7) die Problematik zusammen: »Sollen die neuen Optionen, die sich für den technischen Umgang mit dem Menschen bieten, freigegeben werden?«

technische Möglichkeiten zur Steigerung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Körpers angeboten und in Anspruch genommen werden. Dieser reduzierten Sichtweise entspricht ein überaus enger Begriff von »Biopolitik«: Zugrunde gelegt wird ein »herkömmliches politikwissenschaftliches Konzept von Politik (...), das auf kollektive Entscheidung und Steuerung« abstellt (van den Daele 2005b: 8). Demgegenüber werden gerade die soziologisch aufschlussreichen Faktoren und Einflüsse wie »Erziehung, Gewissen, Wertbindung, Moden, Lebensstile und die Bildung eigener Interessen und Präferenzen« ausdrücklich ausgeblendet. Diese regelten zwar ebenfalls den Umgang mit dem menschlichen Körper, sollen aber – so van den Daele (ebd.) – »hier nicht als Politik« zählen.³

Diese äußerst restriktive und selektive Definition des Gegenstandsbereichs »soziologischer Aufklärung« steht in engem Zusammenhang mit zwei fragwürdigen gesellschaftstheoretischen Hintergrundannahmen: Zum einen folgt van den Daeles Programmatik einer linearen, rationalistischen Modernisierungstheorie, die davon ausgeht, dass die (Natur-)Wissenschaft immer neue, verbesserte »Realitätsdefinitionen« in die Gesellschaft einspeist, beispielsweise die Vermutung, dass Schüchternheit zu einem erheblichen Teil genetisch bedingt sein könnte (van den Daele 2005b: 23). Solche Vorgaben der Wissenschaft könnten von modernen, säkularisierten Gesellschaften nur um den Preis »sektiererischer« Abschottung ignoriert oder zurückgewiesen werden, wie van den Daele am Beispiel religiös motivierter Widerstände gegen die biologische Evolutionstheorie zu zeigen versucht (ebd.: 22f.). Diese Argumentation verfehlt allerdings den entscheidenden Punkt: Denn bei den aktuellen biopolitischen Auseinandersetzungen geht es nicht darum, wissenschaftliche Erkenntnis im Namen anderer Wissens- oder Glaubenssysteme pauschal zurückzuweisen, sondern um eine Art aufgeklärter Skepsis gegenüber der Wissenschaft, die deren Ergebnisse nicht als autoritative, letztgültige Definitionen »der Wirklichkeit« begreift, sondern als spezifische Wissensansprüche mit je eigenen Vorzügen, aber auch selbsterzeugten »blinden Flecken« (vgl. Wehling 2006b).⁴

Zum zweiten sieht van den Daele die beständige Ausweitung individueller Selbstbestimmung, und im Besonderen das Interesse an der eigenen Gesundheit, als die entscheidende (und letztlich nicht weiter erklärungsbedürftige) Triebkraft dafür

3 Michel Foucault, der den Begriff der »Biopolitik« in die neuere sozialwissenschaftliche Diskussion eingeführt hat, hatte damit eine zugleich umfassendere wie auch spezifischere Entwicklung bezeichnet, nämlich den »Eintritt der Phänomene, die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht, in das Feld der politischen Techniken« (Foucault 1977: 169). Dieser seit dem 18. Jahrhundert sich herausbildenden »Bio-Macht« geht es nicht um die Unterdrückung oder Vernichtung des menschlichen Lebens, sondern um seine Erhaltung und Optimierung.

4 Vgl. zur Kritik an dem bei van den Daele zugrunde liegenden objektivistischen Wissenschaftsverständnis auch Wehling 2006a: 279ff.

an, dass neue wissenschaftlich-technische Handlungsoptionen gesellschaftlich mehr oder weniger schnell und umfassend in Anspruch genommen werden. Vor diesem Hintergrund liegt der Kern der biopolitischen Debatte nach van den Daele (2005b: 11), darin, dass jegliche politische Regulierung entsprechender Technologien eine »Einschränkung garantierter Freiheitsrechte« darstelle und dementsprechend rechtfertigungsbedürftig sei. Hier kommen erneut starke Annahmen über die »Wirklichkeit der Gesellschaft« ins Spiel:

»Die Soziologie registriert die Wirklichkeit gesellschaftlicher Wertstrukturen und überlässt nicht etwa dem Verfassungsrecht das Feld, wenn sie bei der Analyse des biopolitischen Diskurses individuelle Freiheitsrechte und Selbstbestimmung als Bezugsrahmen wählt.« (ebd.: 12)

Da dieser Rahmen »unhintergebar« sei, müsse sich die Soziologie darauf beschränken, die empirische Stichhaltigkeit der Begründungen zu überprüfen, die in der Debatte für biopolitische Regulierungen gegeben werden.⁵ Auch hier wird ein wesentlicher Teil der Fragen, die sowohl von soziologischem Interesse sind als auch soziologischer Analyse zugänglich, fast vollständig ausgeblendet: In welchen sozialen Kontexten wird Selbstbestimmung praktiziert (und gefordert), welche materiellen und kognitiven Ressourcen stehen den Individuen dabei zur Verfügung, welche Entscheidungsalternativen haben sie und welchen offenen und/oder latenten gesellschaftlichen Einflüssen unterliegen sie (vgl. am Beispiel der Pränataldiagnostik Beck-Gernsheim 2001)? Anders formuliert: Die Tatsache, dass Selbstbestimmung einen zentralen gesellschaftlichen Wert (und Legitimationshorizont) darstellt, entbindet die Soziologie keineswegs davon, zu analysieren, unter welchen faktischen, empirisch beobachtbaren Bedingungen individuelle Entscheidungen in den verschiedenen Feldern der Biopolitik getroffen werden. Unabhängig davon greift »individuelle Selbstbestimmung« auch als normativer Bezugsrahmen biopolitischer Diskurse zu kurz. Denn bei einer Vielzahl von Konfliktfeldern, beispielsweise in weiten Bereichen der Reproduktionsmedizin, der Stammzellforschung, der Debatte um den Hirntod, der »Sterbehilfe« bei nicht entscheidungsfähigen Menschen, sind die (möglichen) Rechte Dritter (Koma-Patienten, Ungeborene, Embryonen usw.) betroffen, auch wenn (und gerade weil) es sich dabei zumeist nicht um artikulations- und zustimmungsfähige Personen handelt. Ob man etwa die vorgeburtliche Geschlechtswahl von Kindern (unter Umständen verbunden mit selektiver Abtreibung) mit dem Hinweis auf die Selbstbestimmung der potenziellen Eltern rechtfertigt oder darin eine fragwürdige *Fremd*bestimmung des zukünftigen Kindes sieht,

5 Bemerkenswerterweise verliert van den Daele dabei gelegentlich die kategoriale Differenz zwischen normativen und empirischen Aussagen aus den Augen, etwa wenn er argumentiert: »Wer sich darauf beruft, dass die Wahl des Geschlechts eines zukünftigen Kindes schlechterdings unerlaubt ist, gerät in Begründungsnot, wenn viele Mitmenschen tatsächlich ganz anders denken« (van den Daele 2005b: 9f.).

ist höchst umstritten und lässt sich eben nicht aus der normativen »Wirklichkeit der Gesellschaft« ableiten.

Insgesamt erweist sich van den Daeles Programmatik als eigentümlich verengt und einseitig. Sie reduziert die Soziologie auf eine Art empirischer Hilfswissenschaft der Bioethik, von der sowohl die Fragestellungen als auch die normativen Bezugspunkte vorgegeben werden. Paradoxerweise wird auf diese Weise fast alles, wozu die Soziologie einen originären Beitrag leisten könnte, aus dem Blickfeld der »soziologischen Aufklärung« ausgeblendet: Dies gilt vor allem für den Einfluss sozialer Faktoren auf die Herausbildung biopolitischer Optionen und Entscheidungskontexte sowie auf die individuellen, (mehr oder weniger) selbstbestimmten Entscheidungen. Gleichzeitig wird die Soziologie durch die Aufgabe, die van den Daele ihr dann noch zugesteht, tendenziell überfordert: Wie soll sie gesichertes empirisches Wissen über die möglichen zukünftigen Konsequenzen biomedizinischer Techniken gewinnen können? Auf welcher Grundlage und vor allem *in welchem Zeithorizont* kann sie die Aussage treffen, eine angenommene Folge sei »nachweislich« nicht eingetreten?⁶ Was die Soziologie (ebenso wie andere Disziplinen) »nur« leisten kann, ist die Plausibilität verschiedener Folgeszenarien zu bewerten; daraus erwächst jedoch kein objektives Wissen über die »Wirklichkeit der Gesellschaft«, sondern lediglich mehr oder weniger gut begründete, interpretative Annahmen über künftig mögliche soziale Entwicklungen.

Im folgenden Abschnitt möchte ich anhand des bereits erwähnten Beispiels der Medikalisierung der Schüchternheit⁷ verdeutlichen, dass die Soziologie durchaus einen eigenständigen, relevanten Beitrag zur »Aufklärung« biopolitischer Konfliktagen und zur Analyse von Strategien der Biopolitik (im Foucaultschen Sinne der Förderung und Verbesserung des menschlichen Lebens und Körpers) leisten kann. Dies wird ihr um so eher gelingen, je mehr sie sich von den Engführungen der von van den Daele skizzierten Programmatik löst und sich den gesellschaftlichen Hintergründen und Entstehungskontexten neuer biomedizinischer Optionen sowie den daraus resultierenden Ambivalenzen zuwendet.

6 »Wer Gentests ablehnt, weil sie die Lebenschancen von Menschen mit Behinderungen verschlechtern, verliert sein Argument, wenn die behauptete Folge nachweislich nicht eintritt« (van den Daele 2005b: 9).

7 Medikalisierung (*medicalisation*) bezeichnet in der anglo-amerikanischen Soziologie Prozesse der Definition und Behandlung sozialer Phänomene (etwa Alkoholismus, Homosexualität, Hyperaktivität u.ä.) in medizinischen Kategorien von Krankheit, Störung etc. (Conrad 1992). In der deutschsprachigen (Medizin-)Soziologie hat dieses sowohl vom Symbolischen Interaktionismus als auch von den medizin-kritischen Debatten der 1960er und 1970er Jahre (z.B. den Arbeiten von Ivan Illich und Michel Foucault) beeinflusste Konzept bisher wenig Resonanz gefunden.

2. Die Medikalisierung der Schüchternheit

Man wird kaum sagen können, dass Schüchternheit generell eine problematische menschliche Verhaltensweise oder Eigenschaft darstellt – falls sie denn überhaupt eine gleichsam »feste« Eigenschaft von Personen ist und nicht eher ein situativer, emergenter Effekt sozialer Interaktionen (vgl. Scott 2004a, 2005). In jedem Fall lassen sich zumindest »leichteren« Erscheinungsformen, wie einer gewissen Scheu, sich in Interaktionssituationen in den Vordergrund zu spielen, durchaus positive Seiten abgewinnen. Allerdings können extreme, stark angstbesetzte Formen von Schüchternheit zweifellos zu einer schweren Belastung und Beeinträchtigung der davon Betroffenen werden und schließlich zur Vermeidung sozialer Kontakte führen.

Noch in den 1950er und 1960er Jahren wurde Schüchternheit in der westlichen Kultur vorwiegend als weibliche Verhaltensweise aufgefasst und als solche positiv bewertet, da sie der angemessenen Rollenverteilung der Geschlechter entspreche (vgl. McDaniel 2001, 2003). In der zweiten Hälfte der 1970er Jahre veränderte sich diese Einschätzung jedoch grundlegend, teilweise im Gefolge der Frauenbewegung, die tradierte Geschlechtsrollen in Frage stellte, teilweise aufgrund der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung, die selbstbewusstes Auftreten, Durchsetzungsfähigkeit und expressive Selbstdarstellung gewannen. Schüchternheit büßte ihren »weiblichen« Charakter ein und wurde zunehmend als *allgemeines* soziales Problem wahrgenommen. Für großes Aufsehen sorgte in den USA eine 1977 an der Stanford Universität unter College-Studierenden vorgenommene Untersuchung, wonach 40 Prozent der Befragten – allerdings nach recht »weichen«, auf Selbsteinschätzung basierenden Kriterien – als chronisch schüchtern anzusehen seien. Im gleichen Jahr veröffentlichte der Leiter dieser Studie, der Psychologe Philip Zimbardo, das erste Ratgeber-Buch für Schüchterne (Zimbardo 1994) und markierte damit »the discovery of shyness as a serious and wide-ranging social problem in the United States, one that had previously escaped the attention of both the mental health community and the media« (Mc Daniel 2003: 2). In der Folgezeit erlangte Schüchternheit immer größere Aufmerksamkeit bei Psychologen und Psychotherapeuten, die zugleich ihre professionelle Zuständigkeit für dieses »important mental health issue« reklamierten (ebd.: 3f.). Inzwischen soll der Bevölkerungsanteil der chronisch Schüchternen in den USA sogar bei fast 50 Prozent liegen, mit weiter steigender Tendenz (Bukkfalvi Hilliard 2005: 46f.). Chronische Schüchternheit wäre demnach ein regelrechtes Massenphänomen und manche Psychologen sehen darin sogar eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit, die epidemische Ausmaße anzunehmen drohe (vgl. Scott 2006: 136f.).

Im Jahr 1980, nur kurze Zeit nach der erwähnten Studie von 1977, wurde das Krankheitsbild der »social phobia«, deren Symptome (z.B. anhaltende irrationale

Angst vor öffentlichen Situationen, in denen die betroffene Person der Beobachtung durch andere ausgesetzt ist) nur graduell von Schüchternheit zu unterscheiden sind, erstmals in das Handbuch der »mentalen Störungen« der *American Psychiatric Association* aufgenommen. In späteren Auflagen des Handbuchs verwischte sich die Grenzlinie zwischen »normaler« Schüchternheit und »Sozialangst« immer mehr, indem beispielsweise der Begriff »irrational« zur Kennzeichnung der Angstgefühle gestrichen wurde. Die Ausgabe von 1994 schließlich identifizierte, so Patricia Mc Daniel (2003: 8),

»social phobias as hypersensitive to criticism, negative evaluation, or rejection; nonassertive; lacking in self-esteem and social skills; and suffering from clammy hands, tremors, and blushing (...); these were the same qualities that psychologists had attributed to shyness in the previous decade. Thus, what psychologists had once considered »shyness« was now officially transformed into a mental disorder.«

Es überrascht vor diesem Hintergrund nicht, dass der Kreis der von dieser Störung (potenziell) Betroffenen immer größer gezogen wurde: In den 1980er Jahren hatte man noch angenommen, etwa zwei bis drei Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung litten an *social phobia* oder *social anxiety disorder (SAD)*, wie die mutmaßliche Störung auch genannt wird; neuere Schätzungen gehen dagegen von einem Anteil von rund 13 Prozent aus (ebd.: 7f.; Bukkfalvi Hilliard 2005: 48).

Parallel zur dramatisch veränderten Wahrnehmung wurden und werden in wachsendem Umfang therapeutische Gegenmaßnahmen gegen Schüchternheit oder Sozialangst angeboten, die sich grob in drei teils komplementäre, teils konkurrierende Gruppen einteilen lassen (Scott 2006: 138ff.): Die erste Gruppe basiert auf biomedizinischen Erklärungen, wonach die Ursache oder zumindest eine der Ursachen der Störung in einem ungleichgewichtigen Hirnstoffwechsel zu suchen ist. Entsprechend werden als Gegenmittel, neben verschiedenen anderen Medikamenten, auch Anti-Depressiva aus der Gruppe der sogenannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, zum Beispiel Prozac oder Paxil, angeboten. Vorgetragen werden im biomedizinischen Kontext auch genetische Erklärungen für Schüchternheit, die bisher jedoch zweifelhaft und stark umstritten bleiben (ebd.: 140). Eine zweite Gruppe therapeutischer Optionen umfasst Verhaltenstherapien unterschiedlichster Art, von denen viele, wie etwa das »Social Fitness«-Modell des von Zimbardo mitbegründeten kalifornischen *Shyness Institute*, auf die optimierte soziale Anpassung der Schüchternen hinauslaufen. Die dritte Form therapeutischer Strategien bilden Ratgeber, Internet-Foren und Anleitungen zum Selbsttraining. Sie setzen auf die Eigeninitiative und Selbstdisziplin der Betroffenen, die es mit Hilfe mentaler und körperlicher Techniken schaffen könnten, »trotz Schüchternheit erfolgreich zu sein«, wie es in einem der Ratgeber (Carducci 2000a) heißt. Jeweils auf ihre Art verbreiten alle diese Therapieansätze die auf den ersten Blick paradoxe Botschaft, Schüchtern-

heit sei einerseits ganz normal und weit verbreitet – »there is nothing at all wrong with being shy« (Carducci 2000b) –, auf der anderen Seite aber seien ihre Konsequenzen insbesondere für den persönlichen und beruflichen Erfolg »zutiefst beunruhigend«, weshalb die Betroffenen dringend Gegenmaßnahmen ergreifen müssten (Henderson u.a. 2001).

Einen entscheidenden Schub erhielt die Medikalisierung der Schüchternheit in den USA, nachdem dort im Jahr 1997 auch für verschreibungspflichtige Medikamente Werbung direkt bei den Verbraucherinnen und Verbrauchern möglich und 1999 das Antidepressivum Paxil zur Therapie bei Angst-Störungen zugelassen worden war.⁸ In der Folge startete das Herstellerunternehmen *GlaxoSmithKline* mit verschiedenen Werbestrategien eine regelrechte »disease awareness«-Kampagne, wie Nikolas Rose (2003: 56) sowie Peter Conrad und Valerie Leiter (2004: 164) dies genannt haben. Mit dem Slogan »imagine being allergic to people« suggerierte die Werbung zudem, ein Medikament gegen Schüchternheit oder Ängste vor bestimmten sozialen Situationen einzunehmen, sei nichts wesentlich anderes als sich gegen Hausstaub-Allergie oder Heuschnupfen zu schützen (McDaniel 2003: 7). Wer auf die Internetseite von Paxil kommt (<http://www.PaxilCR.com>), in den USA inzwischen eines der meistverkauften rezeptpflichtigen Medikamente, dem wird unter der Überschrift »Fear and anxiety around social situations? Could it be Social Anxiety Disorder?« sofort ein Test zur individuellen Selbst-Überprüfung angeboten, der dann von dem Unternehmen ausgewertet wird. In Erfüllung ging auf diese Weise, so bekannte vor einigen Jahren der Produktdirektor von Paxil in überraschender Offenheit, der Traum jedes Vermarkters »to find an unidentified or unknown market and develop it. That's what we were able to do with social anxiety disorder« (zit. nach Conrad/Leiter 2004: 164).

3. Strategien der Biopolitik

Schüchternheit ist in den vergangenen drei Jahrzehnten offensichtlich von einem mehr oder weniger normalen, wenngleich gelegentlich hinderlichen Begleitumstand des alltäglichen Lebens in ein bedenkliches Phänomen transformiert worden, das an eine mentale Störung angrenzt oder sogar selbst eine mentale Störung *ist*. Was lässt sich hieran über die Strategien von Biopolitik und die Wirkungen von Biomacht

⁸ Zu den Hintergründen für Letzteres schreiben Conrad und Leiter (2004: 163): »The manufacturer of Paxil (...) responded to the saturated »depression market« by requesting FDA approval for additional applications of Paxil, specializing instead in the »anxiety market«, including panic disorder and obsessive compulsive disorder at first, and then social anxiety disorder (SAD) and generalized anxiety disorder (GAD)«.

ablesen? Ich möchte mich auf vier Aspekte konzentrieren, die über das Beispiel hinaus soziologisch von Bedeutung sein könnten:

»Strategien der Biopolitik« dürfen *erstens* nicht vollständig auf *intentionale, geplante* Handlungen einzelner Akteure oder Akteursgruppen reduziert werden.⁹ Dass einzelne mächtige Akteure und ihre wirtschaftlichen, professionellen oder politischen Interessen gleichwohl an bestimmten Punkten des Geschehens eine entscheidende Rolle spielen können, wird durch das Beispiel der Vermarktung von Paxil sehr eindrucksvoll unterstrichen. Dennoch ist die mehr oder wenige erfolgreiche Medikalisierung der Schüchternheit insgesamt zu begreifen als ein nicht oder nur höchst begrenzt plan- und steuerbarer Effekt eines Zusammenspiels unterschiedlicher Faktoren. Hierzu gehören neben den Interessenlagen und Handlungskalkülen verschiedener Akteursgruppen vor allem mediale und wissenschaftliche Diskurse sowie übergreifende soziale, wirtschaftliche und kulturelle Dynamiken, wie etwa Veränderungen in den Geschlechtsrollen oder zumindest in deren gesellschaftlicher Wahrnehmung (vgl. McDaniel 2003: 46ff.). Diese Komplexität und Nicht-Steuerbarkeit von Effekten der Biomacht darf allerdings nicht dazu führen, die Formierung der sozialen Kontexte, durch die individuelle, »selbstbestimmte« Entscheidungen *pro* oder *contra* Biotechnik geprägt werden, aus der soziologischen Analyse auszublenden oder pauschal unter abstrakten Großbegriffen wie »Modernisierung« abzubuchen. Im Gegenteil: Wenn »soziologische Aufklärung zur Biopolitik« ihren Namen verdienen soll, muss sie ihr Augenmerk gerade auf solche Kontexte der Formierung von Biomacht und darin möglicherweise erkennbare typische Einflussfaktoren, Verlaufsmuster und Strukturen richten.

Zweitens: Anscheinend werden *social phobia* und *social anxiety disorder* inzwischen, zumindest in den USA, als weit verbreitetes, behandlungsbedürftiges Problem wahrgenommen. Dies hat zwei bemerkenswerte Konsequenzen: *Zum einen* entsteht eine Art Grauzone der Ambivalenz und Uneindeutigkeit zwischen »normaler« Schüchternheit einerseits, pathologischen Fällen andererseits, wobei ein nicht geringer Teil der Werbekampagnen, Ratgeber usw. faktisch darauf hinausläuft, in dieser Grauzone auf mehr oder weniger subtile Weise Selbstzweifel und Verunsicherung bei potenziellen Betroffenen zu erzeugen: »Could it be Social Anxiety Disorder?« Strategien der Medikalisierung sind darauf gerichtet, »to draw the attention of lay persons and medical practitioners to the existence of the disease and the availability of treatment, shaping their fears and anxieties into a clinical form« (Rose 2003: 56). Die angebotene Definition von individuellen Verhaltensproblemen und Ängsten als

9 Daher kann man Gehring (2006: 14f.) darin zustimmen, dass der Begriff »Biopolitik« insofern missverständlich sei, als er Assoziationen an absichtsvolles politisches Handeln weckt. Demgegenüber hebe »Biomacht« stärker die kontingente, nicht vollständig planbare Einbeziehung des menschlichen Lebens und Körpers in historisch neuartige Machtformen hervor. Ich verwende die beiden Begriffe gleichwohl weitgehend synonym.

»mentale Störung« kann dann unter Umständen Entlastung und neue Sicherheit bieten, zumal wenn die Störung nach dem Modell einer lästigen, aber einfach therapierbaren »Allergie« beschrieben wird. *Zum anderen* wird »schüchternes« Verhalten, das nicht selten eine durchaus angemessene, wenn nicht sogar rationale Reaktion auf asymmetrische, hierarchisch verzerrte Interaktionsstrukturen und -situationen darstellt, einseitig als ein individuelles mentales und körperliches Defizit der Betroffenen gedeutet (Scott 2004b: 135; 2005: 108f.). In deren Verantwortung liegt es, sei es durch Medikamente, durch Verhaltenstherapie oder durch Selbsttraining, »sozial fit« und »erfolgreich« zu werden. Implizit bekräftigt werden hierdurch zugleich die Normen und Verhaltenserwartungen einer mehr und mehr auf exzessive Selbstdarstellung und Selbstvermarktung ausgerichteten Alltags-, Wirtschafts- und Medienkultur.¹⁰

Drittens würde es gleichwohl die Wirkungsweise von Biomacht verfehlen, würde man die potenziell Betroffenen als bloße Marionetten oder hilflose Opfer unentzerrbarer biopolitischer Strategien marginalisieren. Die Effekte von Biomacht lassen sich nicht hinreichend in den seit Max Weber soziologisch kanonisierten handlungstheoretischen Kategorien von »Macht« und »Herrschaft« begreifen (vgl. Weber 1972: 28). Weder wird Biomacht in hierarchischen (Herrschafts-)Strukturen von Befehl und Gehorsam ausgeübt noch setzen bestimmte Akteure einfach ihren Willen gegen das »Widerstreben« (Weber) anderer durch. Stattdessen werden Wille und Intentionalität der Adressaten, ihre (tatsächliche oder vermeintliche) Schüchternheit zu überwinden, überhaupt erst angeregt und angeleitet – was voraussetzt, diese als »Problem« oder gar als »Störung« wahrzunehmen und anzuerkennen. Somit steckt Biomacht in der Tat »nicht erst in den Handlungen, sondern bereits in der Wahrnehmung, in der Kommunikation, im erfahrbaren Sinn« (Gehring 2006: 15). In den entstehenden Zonen der Uneindeutigkeit liegt die Entscheidung bei jeder und jedem einzelnen, sich für die eine oder andere Form der Therapie zu entscheiden oder nicht – um im letzteren Fall aber das von den therapeutischen Agenturen beschworene Risiko sozialen und beruflichen Misserfolgs verantworten zu müssen. Schüchterne Männer, so heißt es in einem von drei prominenten amerikanischen Psychologen verfassten Beitrag, »have been found to marry and have children later, have less stable marriages, delay establishing careers, and exhibit lower levels of career achievement than their nonshy peers« (Henderson u.a. 2001: 1522).

10 Es kommt vor diesem Hintergrund nicht ganz überraschend, dass sich zum Beispiel in Internet-Foren auch Widerstände gegen die stigmatisierende Personalisierung von Schüchternheit regen (Scott 2006: 148). Verwiesen wird dabei auf positive Aspekte schüchteren Verhaltens wie Bescheidenheit, Zurückhaltung und Sensibilität.

Kurzschlüssig wäre es vor diesem Hintergrund *viertens*, umstandslos von »Selbstbestimmung« zur Verbesserung der eigenen Gesundheit oder psychischen Leistungsfähigkeit zu sprechen, es sei denn, man beschränkt Selbstbestimmung auf das, was Steven Lukes (2005: 115) als »minimal view of freedom« bezeichnet hat, das heißt, auf den rechtlich verbürgten Rahmen individueller Handlungsfreiheit und ökonomischer Wahlfreiheit der Konsumentinnen und Konsumenten. Die Medikalisierung der Schüchternheit – wie auch eine Reihe von anderen Beispielen, etwa die Ausweitung des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndroms ADHS von Kindern auf Erwachsene (Conrad/Potter 2000) – zeigen, dass diese Entscheidungsfreiheit verbunden ist mit der Zunahme von Ungewissheit und Uneindeutigkeit sowie mit »disease-awareness«-Dynamiken, mit Prozessen der angeleiteten Re-Definition der eigenen Biographie, des eigenen Verhaltens als »Problem«, als »Störung«, als »Defizit«. Insofern tritt Selbst-Medikalisierung durch die Betroffenen zwar mehr und mehr an die Stelle einer autoritativen Fremddefinition und -zuschreibung von Krankheit oder Gesundheit durch die medizinische Profession (Conrad 2005), doch dies lässt sich nur sehr begrenzt als Zugewinn an individueller Autonomie interpretieren. Mit Blick auf die kosmetische Chirurgie sieht Susan Bordo (1998: 201, 209) in der teils offenen, teils unterschweligen Erzeugung defizitärer Selbstwahrnehmungen sogar den zentralen Mechanismus optimierender, vordergründig auf Selbstbestimmung und »empowerment« basierender Körperpolitiken. »Unzufriedenheit« mit dem eigenen Körper ist demnach alles andere als eine anthropologische Konstante; und da es schwer fallen dürfte, in medial präsentierten Schönheitsnormen überlegene Wirklichkeitsdefinitionen der Wissenschaft zu erkennen (vgl. Gimlin 2002: 4f.), stellt sich darüber hinaus die Frage nach der sozialen Legitimität derartiger Körperideale.¹¹ Ein reflektierter, soziologisch anspruchsvoller und »aufgeklärter« Begriff von Selbstbestimmung muss jedenfalls die Fähigkeit mit einschließen, solche subtilen, symbolischen Fremdbestimmungen über den eigenen Körper, das eigene Verhalten, die eigene Wahrnehmung zumindest partiell durchschauen und sich von ihnen distanzieren zu können.

11 In jüngster Zeit ist diese Debatte an unerwarteter Stelle aufgebrochen, nämlich in der Modebranche: Nachdem die Präsentation immer schlanker Models angesichts der offenbar zunehmenden Essstörungen (Magersucht, Bulimie u.ä.) und gestörten Körperwahrnehmungen bei jungen Frauen unter Kritik geraten ist, haben einige Modefirmen und -messen sich zur Einhaltung eines Mindest-»Body-Mass-Index« bei ihren Modellen verpflichtet.

4. Ausblick: Grenzen der Körperoptimierung?

Um vor dem Hintergrund dieser Überlegungen die im Titel meines Beitrags formulierte Frage aufzugreifen: Die medizinisch-technische Optimierung des Körpers kann offensichtlich *zugleich* individuelle Chance und unterschwellige soziale Norm sein. Aber häufig präsentiert sie sich nur dann als Chance, wenn die Betroffenen sich zuvor bestimmte Erwartungen an »soziale Fitness« oder den gesunden Körper mehr oder weniger zu eigen gemacht haben. Ein wesentlicher Effekt von Biomacht und -politik, der auch am Beispiel der Schüchternheit erkennbar ist, ist darin zu sehen, dass sie soziale wie individuelle Erwartungen an körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit über die Schwelle dessen hinaustreiben, was lange Zeit als »natürlich« oder »gesund« galt. Bereits die Verschreibung von Antidepressiva an schüchterne Menschen verwischt sowohl die Grenze zwischen »Krankheit« und »Gesundheit« als auch jene zwischen »Heilung« und »Verbesserung« (oder »Enhancement«). Erst recht wird dies der Fall sein bei avancierteren Formen des sogenannten »mind doping« wie Tabletten zur gezielten Regulierung des Vergessens oder zur Steigerung der Gedächtnisleistung, die möglicherweise schon bald verfügbar sein werden. Dass die Grenzziehungen zwischen krank und gesund, Therapie und *Enhancement* notorisch unscharf sind und dass sie keine ontologischen Differenzen, sondern soziale Konstrukte oder Fiktionen darstellen, ist unstrittig (vgl. Juengst 1998; Lenk 2006). Daraus folgt gleichwohl nicht zwingend, dass demokratische, liberale Gesellschaften völlig darauf verzichten könnten oder sollten, solche Unterscheidungen immer wieder neu zu treffen – und zwar gerade zum *Schutz* von Selbstbestimmung.

Eine Soziologie (und Bioethik), die die ohnehin fragwürdige, halb empirische, halb normative Aussage, man könne »mit dem eigenen Körper verfahren, wie man will« (van den Daele 2005b: 32) *nur* als eine Art Freibrief für diejenigen versteht, die zur biotechnischen Optimierung »ihres« Körpers bereit sind, interpretiert Autonomie und Selbstbestimmung verkürzt und einseitig. Sie übersieht allzu leicht, dass (potenziell grenzenlose) Selbstoptimierung über die Zielsetzungen von »Heilung« und »Gesundheit« hinaus eine massive Gefährdung für die Selbstbestimmung aller derer beinhalten kann, die dies für sich nicht wünschen. Denn aus der Steigerung der körperlichen, mentalen oder psychischen Leistungsfähigkeit durch einzelne Individuen oder gesellschaftliche Gruppen kann schnell ein ausgesprochener oder unausgesprochener Zwang für andere erwachsen, entweder »mitzuziehen« – oder eine Verschlechterung ihrer Chancen in bestimmten Lebensbereichen akzeptieren

zu müssen (vgl. Wehling 2006c; Kettner 2006: 122ff.).¹² Die Dynamik des Dopings in nicht wenigen Sportarten scheint genau diesem Muster zu folgen: Wer nicht dopt, hat keine Chance zu gewinnen. Von Selbstbestimmung der Sportlerinnen und Sportler kann dabei nur noch in einem sehr formalen Sinn gesprochen werden.

Diese Einwände gegen die Versprechungen von optimierender Bio- und Körperpolitik zielen nicht auf die Verteidigung einer »natürlichen Ordnung« oder darauf, der natürlichen Ausstattung des Menschen als solcher einen moralischen Wert zuzuschreiben, wie van den Daele (2005b: 29) unterstellt. Es geht vielmehr darum, einen gesellschaftlichen Rahmen für plurale, gleichberechtigte Formen individueller Selbstbestimmung zu sichern und Prozesse der Auseinandersetzung und Verständigung darüber zu initiieren, wie dieser Rahmen zu gestalten ist. In diesem Zusammenhang kann die Soziologie »Aufklärung« leisten und zur Stärkung des gesellschaftlichen Reflexions- und Unterscheidungsvermögens beitragen, wenn sie die Strategien von Biopolitik und die Effekte von Biomacht genau und kritisch beobachtet – und dabei deutlich macht, dass Körperverschönerung und -verbesserung nichts »Natürliches« sind und häufig auch nur vordergründig mit »Selbstbestimmung« zu tun haben.

Literatur

- Bayertz, Kurt/Schmidt, Kurt (2006), »Es ist ziemlich teuer, authentisch zu sein ...!«, in: Ach, Johann/Pollmann, Arnd (Hg.), *No Body Is Perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse*, Bielefeld, S. 43–62.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2001), »Die soziale Konstruktion des Risikos – das Beispiel Pränataldiagnostik«, in: Geyer, Christian (Hg.), *Biopolitik*, Frankfurt a.M., S. 21–40.
- Bordo, Susan (1998), »Braveheart, Babe, and the Contemporary Body«, in: Parens, Erik (Hg.), *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*, Washington, D.C., S. 189–221.
- Bukkalfvi Hilliard, Erika (2005), *Schüchtern – und erfolgreich*, Frankfurt a.M.
- Carducci, Bernardo (2000a), *Erfolgreich schüchtern*, Frankfurt a.M.
- Carducci, Bernardo (2000b), »Shyness: The New Solution«, *Psychology Today*, Jg. 33, H. 1, S. 38–44, 77–78.
- Conrad, Peter (1992), »Medicalization and Social Control«, *Annual Review of Sociology*, Jg. 18, S. 209–232.
- Conrad, Peter (2005), »The Shifting Engines of Medicalization«, *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 46, H. 1, S. 3–14.

¹² Der Einwand, dies sei bisher in der »Wirklichkeit der Gesellschaft« nicht empirisch beobachtbar, trifft an dieser Stelle nicht, da es hier darum geht, wie »Selbstbestimmung« begriffen wird: ob nur als Autonomie des Handelns oder auch als schützenswerte Freiheit des Unterlassens.

- Conrad, Peter/Potter, Deborah (2000), »From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories«, *Social Problems*, Jg. 47, H. 4, S. 559–582.
- Conrad, Peter/Leiter, Valerie (2004), »Medicalization, Markets and Consumers«, *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 45, Extra Issue, S. 158–176.
- Dworkin, Ronald (2001), »The Medicalization of Unhappiness«, *The Public Interest*, Nr. 144, S. 85–99.
- Foucault, Michel (1977), *Sexualität und Wahrheit*, Bd. 1: *Der Wille zum Wissen*, Frankfurt a.M.
- Gehring, Petra (2006), *Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens*, Frankfurt a.M.
- Gilman, Sander (2001), »Die Operation, die unsichtbar machte«, in: von Randow, Gero (Hg.), *Wieviel Körper braucht der Mensch?*, Hamburg, S. 17–21.
- Gimlin, Debra (2002), *Body Work. Beauty and Self-Image in American Culture*, Berkeley/Los Angeles.
- Henderson, Lynne/Zimbardo, Philip/Carducci, Bernardo (2001), »Shyness«, *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*, 3rd edition, vol. 4, New York u.a., S. 1522–1523.
- Juengst, Eric (1998), »What Does Enhancement Mean?«, in: Parens, Erik (Hg.), *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*, Washington, D.C., S. 29–47.
- Kettner, Matthias (2006), »Transhumanismus und Körperfeindlichkeit«, in: Ach, Johann/Pollmann, Arnd (Hg.), *No Body Is Perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse*, Bielefeld, S. 111–130.
- Lamnek, Siegfried (1995), *Qualitative Sozialforschung*, Bd. 1, *Methodologie*, Weinheim.
- Lenk, Christian (2006), »Verbesserung als Selbstzweck? Psyche und Körper zwischen Abweichung, Norm und Optimum«, in: Ach, Johann/Pollmann, Arnd (Hg.), *No Body Is Perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse*, S. 63–78.
- Lukes, Steven (2005), *Power. A Radical View*, zweite, erweiterte Auflage, Houndmills/New York.
- McDaniel, Patricia (2001), »Shrinking Violets and Caspar Milquetoasts: Shyness and Heterosexuality from the Roles of the Fifties to the Rules of the Nineties«, *Journal of Social History*, Jg. 34, H. 3, S. 547–568.
- McDaniel, Patricia (2003), *Shrinking Violets and Caspar Milquetoasts: Shyness, Power, and Intimacy in the United States, 1950–1995*, New York/London.
- Rose, Nikolas (2003), »Neurochemical Selves«, *Society*, Jg. 41, H. 1, S. 46–59.
- Schlich, Thomas (2001), »Eine kurze Geschichte der Körperverbesserung«, in: von Randow, Gero (Hg.), *Wieviel Körper braucht der Mensch?*, Hamburg, S. 131–144.
- Scott, Susie (2004a), »Researching Shyness: a Contradiction in Terms?«, *Qualitative Research*, Jg. 4, H. 1, S. 91–105.
- Scott, Susie (2004b), »The Shell, the Stranger and the Competent Other: Towards a Sociology of Shyness«, *Sociology*, Jg. 38, H. 1, S. 121–137.
- Scott, Susie (2005), »The Red, Shaking Fool: Dramaturgical Dilemmas in Shyness«, *Symbolic Interaction*, Jg. 28, H. 1, S. 91–110.
- Scott, Susie (2006), The Medicalisation of Shyness: from Social Misfits to Social Fitness, *Sociology of Health & Illness*, Jg. 28, H. 2, S. 133–153.
- van den Daele, Wolfgang (Hg.) (2005a), *Biopolitik. Leviathan*, Sonderheft 23, Wiesbaden.
- van den Daele, Wolfgang (2005b), »Einleitung: Soziologische Aufklärung zur Biopolitik«, in: van den Daele, Wolfgang (Hg.), *Biopolitik. Leviathan*, Sonderheft 23, Wiesbaden, S. 7–41.
- van den Daele, Wolfgang (2005c), »Vorgeburtliche Selektion: Ist die Pränataldiagnostik behindertenfeindlich?«, in: van den Daele, Wolfgang (Hg.), *Biopolitik. Leviathan*, Sonderheft 23, Wiesbaden, S. 97–122.

- Weber, Max (1976), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen.
- Wehling, Peter (2006a), *Im Schatten des Wissens? Perspektiven der Soziologie des Nichtwissens*, Konstanz.
- Wehling, Peter (2006b), »The Situated Materiality of Scientific Practices: Postconstructivism – a New Theoretical Perspective in Science Studies?«, *Science, Technology & Innovation Studies*, Special Issue 1, S. 81–100 (<http://www.sti-studies.de>).
- Wehling, Peter (2006c), »Renaturalisierung sozialer Ungleichheit – eine (Neben-)Folge gesellschaftlicher Modernisierung?«, in: Rehberg, Karl-Siegbert (Hg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München 2004*, Teil 1, Frankfurt a.M., S. 526–539.
- Zimbardo, Philip (1994/1977), *Nicht so schüchtern! So helfen Sie sich aus Ihrer Verlegenheit*, München/Landsberg.